***ASCS Student School and After School Program Data Form***



***2019-2020***

***(Please completely fill out the front and back of this form)***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Child’s Name/ *Nombre del niño* | Social Security #/*Número de Seguro Social del Estudiante* | Date of Birth/ *fecha de nacimiento* | | Sex/*sexo* | Grade/*grado* |
| Address/ *dirección* | | | Home Phone/*teléfono casa* | | |
| Religion/ *Religión* Church/ *Iglesia* | | | | | |
| Previous Child Day Care Programs and Schools Attended/*Escuelas atendidas previamente y guarderias* | | | | | |

**PARENT(S)/LEGAL GUARDIAN(S)-*Padre(s)/ Representante(s)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Father **or** Legal Guardian other than father or mother/*Padre o tutor legal que no sea el padre o la madre* | Occupation/*Ocupacion*  Place Employed/*Lugar de empleo* | Business Phone/*teléfono de trabajo*  Email Address/ *Dirección de correo electrónico* | |
| Home Address*/ Dirección de casa* | | Cell Phone/*telf. celular* | Home Phone/*teléfono de casa* |
| Mother/ *madre* | Occupation/*Ocupacion*  Place Employed/*Lugar de empleo* | Business Phone/ *teléfono de trabajo*  Email Address/ *Dirección de correo electrónico* | |
| Home Address/ *dirección de casa* | | Cell Phone/*telf. celular* | Home Phone/*teléfono de casa* |
| Brothers & Sisters (Names & Ages) *Hermanos y Hermanas (Nombres y Edades)* | | | |
| Lives with: Both Parents\_\_\_­\_ Mother Only \_­\_\_\_Father Only\_\_\_\_\_ Shared Time\_\_\_\_ Other \_\_\_­\_  *En casa: Los Dos Padres Solo la Madre Solo el Padre tiempo compartido Otro* | | | |

#### EMERGENCY INFORMATION/ *INFORMACION EN CASO DE EMERGENCIA*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Allergies or Intolerance to Food, Medication, etc., and Action to Take in an Emergency/*Alergias o intolerancia a comida, medicamento, etc.* | | | |
| Chronic Physical Problems/Pertinent Developmental Information/Special Accommodations Needed/  *Problemas fisicos cronicos/ información de desarrollo pertinente/ acomodaciones especiales necesarias* | | | |
| Child’s Physician/ *Pediatra del niño* | | | Phone/ *teléfono* |
| **Names** of persons to be reached if parent/guardian cannot be reached (**must provide two**)  *Nombres**de personas a llamar en caso de no poder contactar a los padres (por lo menos 3)* | Address(please include city, state and zipcode) *Dirección*  *(incluir ciudad, estado y codigo postal )* | | **Phone** **/** *teléfono* |
| 1. | 1. | | 1. |
| 2. | 2. | | 2. |
| Person(s) **Authorized** to Pick Up Child\*  *Persona(s)* *autorizadas para recoger al niño\**  *1.*  *2.*  *3.*  *4.* | | Person(s) **NOT Authorized** to Pick Up Child \*  *Persona (s) NO autorizada (s) a recoger al niño* \*  1.  2.  3.  4. | |

\* Appropriate paperwork such as custody papers shall be attached if a parent is not allowed to pick up the child.

\* Section 22.1-4.3 of the Code of Virginia states that unless a court order has been issued to the contrary, the noncustodial parent of a student enrolled in a public school or day care center must be included, upon the request of such noncustodial parent, as an emergency contact for events occurring during school or day care activities.

*\* Si un padre no esta autorizado para buscar a su hijo; deberán ser presentados los documentos necesarios tales como documentos de custodia junto a esta planilla.*

*\* Según la sección 22.1-4.3 del código de Virginia; el padre que no posea la custodia del niño y que este matriculado en una escuela publica o guardería deberá ser incluido en la página de contactos de emergencia para eventos que ocurran durante la escuela o durante las horas de guardería, a menos que una orden de la corte especifique lo contrario.*

**Check here and complete below if your child will attend our after-school program**

*Maque aquí y complete a continuación si su hijo va a asistir a nuestro programa de cuidado de niños después de la escuela*

|  |  |
| --- | --- |
| The ASCS After-School Program operates from 3:00 PM - 6:00 PM on regular school days. A late fee of $10.00 applies for all children picked up after 6:00 PM. The After-School Program operates ONLY when school is in session and is for students enrolled in All Saints Catholic School.  One Child - **$50.00** per week for 4, or 5 days; Each additional child per family - **$25** per week  **$12.00** for 1 day; $24 for 2 days; $36 for 3 days  Special activities may have an additional charge.  Fees are due in the week following the ASP attendance. **If your account becomes past due, you will be notified and the child/children will not be permitted to attend the ASP until payment is made and the account is current.** | *El Programa de Después de la escuela opera desde las 3:00 p.m. hasta las 6:00 p.m durante los días regulares; El programa de después de la escuela opera SOLO cuando hay escuela y es para los estudiantes que estén matriculados en el colegio Todos los Santos*  *Un niño -* ***$50*** *la semana por 4 o 5 días; Cada niño adicional por familia -* ***$25*** *por semana*  ***$ 12.00 por 1 día; $ 24 por 2 días; $ 36 por 3 días****Las tarifas deberán ser pagadas la semana siguiente de la asistencia del niño al programa de después de la escuela.* ***Si su******cuenta se pasa de la fecha, usted será notificado y su niño (s) no podrán asistir al programas de después de la escuela hasta que se haga el pago y la cuenta este al día.*** |
| AGREEMENTS  1. The after school program agrees to notify the parent(s)/guardian(s) whenever the child becomes ill and the parent(s)/guardian(s) will arrange to have the child picked up as soon as possible if so requested by the After School Program. 2. The parent(s)/guardian(s) authorize the after school program to obtain immediate medical care if any emergency occurs when the parent(s)/guardian(s) cannot be located immediately. \*\* 3. The parent(s)/guardian(s) agree to inform the school within 24 hours or the next business day after his child or any member of the immediate household has developed a reportable communicable disease, as defined by the State Board of Health, except for life threatening diseases which must be reported immediately.   \*\* If there is an objection to seeking emergency medical care, a statement should be obtained from the parent(s) or guardian(s) that states the objection and the reason for the objection. | *ACUERDOS*  1. *El programa de después de la escuela notificara al padre (s) o representante (s) si el niño se enferma y el padre o representante se encargara de buscar o mandar a buscar al niño lo antes posible si así lo requiera el programa de después de la escuela.* 2. *El padre o representante autoriza al programa de después de la escuela a obtener ayuda medica inmediata si ocurre alguna emergencia y el padre o representante no puede ser localizado inmediatamente.* 3. *El padre o representante se compromete en informar a la escuela durante las 24 horas siguientes si su niño o alguna persona de la casa ha desarrollado una enfermedad que debe ser reportada, definida por el State Board de la Salud. Exceptuando aquellas enfermedades que presentan riesgos vitales; en esos casos se deberá reportar* *inmediatamente*.   *\*\* Si hay un impedimento que nos impida buscar ayuda medica en caso de emergencia, deberán presentar una carta firmada por el padre o representante indicando el motivo del impedimento.* |

## SIGNATURES/ *Firmas*

Parent(s) or Guardian(s)/ *Padre o representante* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date /*Fecha* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Administrator of ASP/*Administrador* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date/*Fecha* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date Child Entered ASP/ *Fecha de entrada del niño* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date Left ASP/*Fecha de salida*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### Office Use Only – Identity Verification

If proof of identity is required and a copy is not kept, please fill out the following.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Place of Birth | Birth Date | | Birth Certificate Number | | Date Issued |
| Other Form of Proof | | Date Documentation Viewed | | Person Viewing Documentation | |

Date of Notification of Local Law-Enforcement Agency (when required proof of identity is not provided):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_